

**EFICIENCIA OPERATIVA DE LOS INGRESOS VERSUS COSTOS DE UNA
E.S.E. GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, VIGENCIA 2018**

AUTORES

ÓSCAR CASTAÑO GARCÍA

OLGA LUCIA RODRIGUEZ IDROBO

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

SANTIAGO DE CALI

2019

**EFICIENCIA OPERATIVA DE LOS INGRESOS VERSUS COSTOS DE UNA
E.S.E. GERIÁTRICA DE LA CIUDAD DE SANTIAGO DE CALI, VIGENCIA 2018**

AUTORES

ÓSCAR CASTAÑO GARCÍA.

OLGA LUCIA RODRIGUEZ IDROBO

Tutor

RICARDO ASTUDILLO VILLEGAS

Contador Público

Grupo de Investigación: GISESA

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD

SANTIAGO DE CALI

2019

Nota de aceptación

Presidente:

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Santiago de Cali, 05 de Diciembre de 2019

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
0. INTRODUCCIÓN	11
1. PROBLEMA	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
2. JUSTIFICACIÓN	15
3. OBJETIVOS	17
3.1. OBJETIVO GENERAL	17
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
4. MARCOS DE REFERENCIA	18
4.1. ANTECEDENTES LEGALES	18
4.2. MARCO TEÓRICO.	23
4.2.1. Teoría de costos.	23
4.2.2. Objetivos De La Contabilidad De Costos	24
4.2.3. Problemática en atención al adulto mayor.	25
4.2.4. Fortalecimiento y diversificación de los programas de subsidio e institucionalización de personas mayores.	26
4.2.5. Mapa de procesos genérico que permita suministrar información del funcionamiento de centros geriátricos.	31
4.3. MARCO CONCEPTUAL	32
4.4. MARCO LEGAL	36
5. METODOLOGÍA	39
5.1. TIPO DE ESTUDIO	39
5.2. MÉTODO DE ESTUDIO.	39
5.3. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	39
5.3.1. Fuentes Primarias.	39
5.3.2. Fuentes secundarias.	40
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
7. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA INGRESOS VRS COSTOS	44

7.1. ACTIVIDADES REALIZADAS Y RECURSOS UTILIZADOS LA E.S.E. HOSPITAL GERIATRICO – VIGENCIA 2018	44
7.2. INGRESOS Y COSTOS MANEJADOS POR LA E.S.E. GERIÁTRICA	46
7.3. ANÁLISIS DEL COSTO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ADULTO MAYOR FUNCIONAL Y DEPENDIENTE.	49
7.3.1. Identificación de los servicios de la E.S.E.	49
7.3.2. Asociación de los Ingresos verus costos de la E.S.E. Hospital Geriátrico	50
8. DISCUSIÓN	57
9. CONCLUSIONES	60
10. RECOMENDACIONES	62
Referencias Bibliográficas	64

DEDICATORIA

Le damos gracias a Dios por las oportunidades y bendiciones recibidas y por abrirnos el camino en nuestra vida profesional.

A nuestra familia, por su apoyo incondicional.

A nuestros profesores en la especialización, que aportaron sus mejores conocimientos para fortalecer nuestras capacidades y competencias.

A nuestros compañeros de la Contraloría General de Santiago de Cali, por su constante colaboración y confianza en todo el proceso de la Especialización.

Al Gerente de la E.S.E. y funcionarios, que de alguna forma aportaron las herramientas que sirvieron de insumo para realizar este trabajo.

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura No. 1 Organización Estratégica del Programa del Adulto Mayor	19
Figura No. 2 Mapa de Procesos genérico del funcionamiento de los centros	31
Figura No. 3 Proceso de planificación financiera de una Institución Geriátrica	32
Figura No. 4 Servicios que presentan pérdidas	53
Figura No. 5 Servicios que presentan ganancias	54

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 1 Hogares Geriátricos seleccionados en Santiago de Cali como apoyo de información para el proyecto	41
Cuadro N° 2 Presupuesto de Ingresos Vigencia 2018.....	44
Cuadro N° 3 Presupuesto de Gastos vigencia 2018	44
Cuadro N° 4 Resultado Presupuestal – Vigencia 2018	45
Cuadro N° 5 Ingresos Operacionales Vigencia 2016.....	46
Cuadro N° 6 Ingresos Operacionales Vigencia 2017.....	46
Cuadro N° 7 Ingresos Operaciones Vigencia 2018.....	47
Cuadro N° 8 Servicios Prestados por la E.S.E. en Atención al Adulto Mayor.....	49
Cuadro N° 9 Total concepto de costos	50
Cuadro N° 10 Determinación de Utilidad Bruta Promedio por Servicio Prestado	52
Cuadro N° 11 Comparativo costos de Atención de adultos por centro de Costos	54
Cuadro N° 12 Comparativo de resultados por centro de costo	55
Cuadro N° 13 Contratos suscritos entre el Municipio Palmar y el Municipio de Santander	57
Cuadro N° 14 Comparación de las tarifas por adulto mayor entre Los Municipios de Palmar, Puerto Boyacá y Municipio de Cali.....	59

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es analizar la oportunidad de la contratación y determinar los costos incurridos en la prestación del servicio del paciente institucionalizado y diferenciándolos en un centro de costos por paciente funcional y dependiente, con el fin de determinar si estos se ajustan a lo que se percibió en la contratación, durante la vigencia 2018. Para lograr el objetivo se hizo una investigación de tipo cuantitativo, con diseño descriptivo, recolectando la información a través del sistema contable y presupuestal, en ocasión a 236 pacientes institucionalizados en la ESE Hospital Geriátrico Nivel I.

Se pudo determinar que debido a la inoportunidad en la contratación por parte del Municipio de Santiago de Cali, ha conllevado a la E.S.E Hospital Geriátrico Nivel I, a una crisis económica, y en ocasiones los gastos y costos no son reconocidos por parte del Municipio, igualmente con este trabajo, se pudo establecer la importancia de tener definidos los costos para que la contratación que se haga sea equilibrada y no ocasione pérdida a la E.S.E.

Palabras claves: EFICIENCIA, INGRESOS, COSTOS, CONTRATACIÓN OPORTUNA

ABSTRACT

The objective of this work is to analyze the opportunity of contracting and determine the costs incurred in providing the service to the institutionalized patient, and differentiate them into a cost center per functional and dependent patient, in order to determine if these costs are adjusted to those that are being received in the contracting, during the term 2018. To achieve the proposed goal, information of 236 institutionalized patients in the E.S.E. geriatric hospital level 1 was used, and quantitative research was carried out with a descriptive design by collecting the information through the accounting and budgetary systems.

It was determined that due to the inappropriate contracting by the Municipality of Santiago de Cali, the E.S.E. geriatric hospital level 1 entered into an economic crisis. In addition to that, on many occasions, the expenses and costs are not recognized by the Municipality. With this study, it was also possible to establish the importance of having defined costs, so that the contracting is balanced and does not originate losses to the E.S.E.

Keywords: efficiency, costs, timely hiring

0. INTRODUCCIÓN

La Política Pública de Envejecimiento y Vejez se aprobó mediante el acuerdo 420 de 2017 expedida por el Concejo Municipal de Santiago de Cali, con el objetivo de incidir de manera activa en la promoción, protección, reconocimiento, restitución y ejercicio pleno de los derechos humanos a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social para atender las demandas políticas, sociales, económicas, culturales y ambientales de las personas mayores en el municipio de Santiago de Cali.

El Programa Adulto Mayor a través de la ejecución de proyectos de inversión social impulsa la socialización, la inclusión, la formación y la participación de los adultos mayores en el marco de la implementación de la Política Pública.

Es así, que, en el Municipio de Santiago de Cali se implementan estrategias para el cumplimiento de los indicadores de la política pública de envejecimiento y vejez; en el año 2018, la ciudad de Santiago de Cali, cuenta con 323.507 adultos mayores que representan el 12% de los habitantes de la ciudad y en el 2020 representará el 14%.

Las cifras del Ministerio de Salud reportan que ocho de cada diez adultos mayores sufren más de una enfermedad crónica; entre ellas está la hipertensión, que afectan a seis de cada diez, con el agravante de que menos de la mitad tiene controles regulares. Y, de otro lado, otras de las enfermedades crónicas acentuadas en esta población son las osteomusculares que comprometen a la mayoría y son un determinante de incapacidad y pérdidas de años de vida saludable.

El trabajo se realizó con base a la información de registros contables y el presupuesto de la vigencia fiscal 2018, suministrada por la ESE Hospital Nivel I. Además, se adelanta el estudio para conocer los costos de atención geriátrica del adulto mayor institucionalizado en una ESE Hospital Geriátrico Nivel I, de

conformidad con los contratos suscritos con el Municipio de Santiago de Cali; mediante un estudio descriptivo, retrospectivo, donde el universo de trabajo lo constituyen los pacientes ingresados en la E.S.E. Hospital Geriátrico de la ciudad de Santiago de Cali, para lo cual se relacionó los servicios que componen esta E.S.E. Hospital Geriátrico y sus capacidades; se fijó el costo unitario anual y por actividades; los datos fueron registrados en hojas de Excel y procesados manualmente.

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los determinantes que conforman la Unidad de Pago por Capitación (UPC), no cubre el albergue del adulto mayor, siendo este asumido por el Estado; en este caso por el Municipio de Santiago de Cali.

La Política Pública aprobada por el Concejo Municipal de Santiago de Cali, está en cabeza de la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Santiago de Cali, correspondiéndole evaluar y seleccionar los adultos mayores que se les brindará albergue en esta ESE Hospital Nivel I. Estos adultos mayores en estado de desprotección o víctimas de violencia, se supone que se albergaran y se les brindará un apoyo integral hasta el final de sus vidas o hasta que un familiar se responsabilice de ellos.

Los contratos que el Hospital Geriátrico Nivel I suscribe con el Municipio, no describe dentro de los estudios previos quien es el responsable del riesgo de atención del adulto mayor ni cómo hará el Municipio, para garantizar una continuidad en la atención del mismo, se ve reflejado la contratación entre tres (3) y cinco (5) meses después de haber iniciado el año, transfiriéndole la responsabilidad a la E.S.E., reflejándose una interrupción, especie de abandono por parte del Estado y conllevando a una crisis económica durante los primeros meses a la E.S.E.

En la contabilidad no se tiene determinado un centro de costos por atención del adulto mayor funcional, dependiente, o si es de centro día o si es pensionado, por lo tanto este trabajo será de útil para determinar la diferencia entre los mismos y así proceder a aplicar en la contratación que se realice sin generar pérdidas.

Con este trabajo se pretende realizar un análisis de la figura jurídica, legal y presupuestal con el fin de que la E.S.E. Hospital Geriátrico tenga la herramienta y proceda a solicitar al Municipio de Santiago de Cali, las garantías económicas de forma continua a los adultos mayores institucionalizados, además de establecer si efectivamente los costos generados en la atención del adulto mayor institucionalizado están equilibrados frente al ingreso.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anterior la pregunta problema en el que se enmarca el estudio girará alrededor de:

¿La ESE Hospital Geriátrico, en el año 2018; tuvo eficiencia operativa de los ingresos frente a los costos?

2. JUSTIFICACIÓN

La metodología para la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial está establecida en la Resolución 2509 de 2012, donde se incorpora los ingresos operacionales corrientes de que trata el numeral 5.1, los ingresos recaudados por recursos de subsidio a la oferta destinados a: i) la financiación de aportes patronales y ii) facilitar la operación, acceso y atención en salud a la población en los departamentos definidos en el numeral 5º del artículo 2.4.6 del Decreto 780 de 2016. En el numeral 5.2, se tienen en cuenta los pasivos netos con edad superior a un año para la estimación del superávit o déficit no corriente.

Es así, como el Ministerio de Salud y Protección Social, al aplicar la metodología a la ESE Hospital Geriátrico Nivel I, arrojó como resultado que en las vigencias 2011, 2012, 2013, 2014, 2017 y 2018 fuera categorizada en alto riesgo financiero, razón por la cual se ha suscrito un programa de saneamiento fiscal; solo en las vigencias 2015 y 2016 fue categorizada en riesgo medio y bajo, respectivamente.

Aunado a lo anterior, se ha observado que durante las vigencias 2016, 2017 y 2018 el Municipio contrata la ESE Geriátrica, entre los tres (3) y cinco (5) meses de haber iniciado cada vigencia fiscal, conllevando a la ESE a asumir los gastos generados para la atención de los adultos mayores y generándose una crisis financiera interna operacional afectando la parte administrativa de tal forma que se han retrasado los pagos a proveedores, el pago de nómina a los empleados y contratistas de la ESE, ocasionándose un déficit presupuestal, de tesorería y pérdidas en el ejercicio al final de cada vigencia fiscal.

En la contratación realizada con el Municipio de Santiago de Cali, se han pactado tarifas con SOAT 2016 menos el 30%, generando para la E.S.E. nivel I un desequilibrio económico solamente en la suscripción del contrato.

Mediante el análisis detallado de los costos ofrecidos por prestación de albergue del adulto mayor con situación de dependencia o funcional, así como la indagación acerca de qué mecanismos legales existen constitucionalmente para garantizar la continuidad de la contratación por parte del Municipio, se permitirá establecer el equilibrio económico de la ESE.

Por situaciones jurídicas, normativas, presupuestales, cambio de gobierno, entre otras, han estado por encima de garantizar la continuidad en la asignación de los recursos, olvidándose por completo de la condición y vulnerabilidad en que se encuentra el adulto mayor institucionalizado en la ESE Geriátrica, pretendiéndose con el análisis detallado concientizar, sensibilizar, llamar la atención al Estado en este caso al Municipio para que se tomen las medidas necesarias y se garantice de forma continua los recursos necesarios para la atención sin interrupción de los adultos mayores y se asignen los recursos necesarios propendiendo a mantener el equilibrio económico y financiero en la ESE.

Los adultos mayores tienen derechos determinados que deben ser respetados, teniendo en cuenta los tratados y acuerdos internacionales que hace parte del bloque de constitucionalidad estipulado en el artículo 93 de la carta y los cuales han tenido vital incidencia en nuestra normativa nacional a favor de los adultos mayores, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), Convención Americana sobre Derechos Humanos (1978), Resolución 46 de 1991 – Principios de las Naciones Unidas, entre otras.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la eficiencia operativa de los ingresos versus costos de una E.S.E Geriátrica de la ciudad de Santiago de Cali, durante la vigencia 2018 de conformidad con los contratos suscritos con el Municipio de Santiago de Cali.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las actividades realizadas y recursos utilizados en atención al adulto mayor institucionalizado en la E.S.E. Hospital Geriátrico.
- Estimar los objetos de costos directos e indirectos de cada actividad de atención.
- Designar el costo de las actividades en cada uno de los servicios prestados por adulto mayor funcional y dependiente.

4. MARCOS DE REFERENCIA

4.1. ANTECEDENTES LEGALES

A nivel local, el Municipio de Santiago de Cali, adoptó mediante la Política Pública de Envejecimiento y Vejez aprobada mediante el acuerdo 420 de 2017, con el objetivo de incidir de manera activa en la promoción, protección, reconocimiento, restitución y ejercicio pleno de los derechos humanos a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social para atender las demandas políticas, sociales, económicas, culturales y ambientales de las personas mayores en el municipio de Santiago de Cali.

El Programa Adulto Mayor a través de la ejecución de proyectos de inversión social impulsa la socialización, la inclusión, la formación y la participación de los adultos mayores en el marco de la implementación de la Política Pública.

A través de este acuerdo se ejecutan diferentes actividades encaminadas a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de nuestro municipio, en los siguientes ejes:

Eje 1. Participación y garantía de derechos.

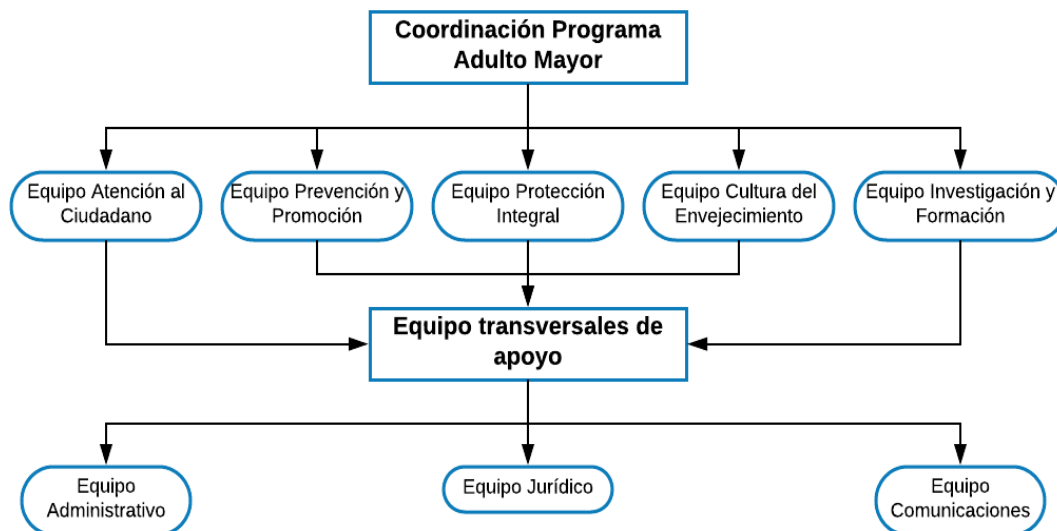
Eje 2. Protección Social Integral.

Eje 3. Envejecimiento Activo.

Eje 4. Investigación y Formación.

La Secretaría de Bienestar Social a través del programa adulto mayor se organizó estratégicamente en equipos misionales con el objetivo de implementar estrategias para el cumplimiento de los indicadores de la política pública de envejecimiento y vejez.

Figura No. 1 Organización Estratégica del Programa del Adulto Mayor



Fuente: Secretaria de Bienestar Social del Municipio de Santiago de Cali

A nivel nacional, en el año 1979, la sección de Geriátría del Ministerio de Salud diseñó el Plan Nacional de atención integral a la tercera edad en Colombia, 1986-1990, dirigido a la población mayor de 55 años.

El plan procuraba que envejecer fuera un proceso donde se subrayara la interdependencia y asegurara la participación de las personas mayores en la sociedad, con el mejor y mayor alcance posible, considerando al anciano como ser humano y, por tanto, merecedor de dignidad y respeto.

El plan establecía que una política en beneficio de la población de la tercera edad debía estar fundamentada en la participación activa del viejo colombiano en el desarrollo social, económico y político del país.

Definió estrategias de implantación a corto y mediano plazo involucrando a los municipios, organizaciones oficiales y privadas y a la misma comunidad; priorizó su atención en tres grupos con características y necesidades diferentes: No

institucionalizados y no cubiertos por seguridad social, institucionalizados e indigentes que vivían en la calle y de la caridad pública.

La Constitución Política de 1991, establece en Colombia que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos.

Basado en lo anterior es expedido el Documento CONPES 2793 de 1995, Sobre Envejecimiento y Vejez, donde se plantean los lineamientos de política relativos a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana, y en especial a las necesidades de las personas de mayor edad. A pesar de que este documento se constituyó en un gran avance, no logró articular a los distintos actores sociales en un plan de acción que pusiera en práctica los lineamientos propuestos y adecuara normativa e institucionalmente al país.

En 1992, en el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, se aprobó la “Proclamación sobre el Envejecimiento”, en la cual se estableció la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción y se proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. La elección del tema “Hacia una sociedad para todas las edades”, se realizó a través del estudio en cuatro ámbitos: 1) La situación de las personas de edad, 2) El desarrollo individual a lo largo de toda la vida, 3) Las relaciones entre generaciones y 4), la relación entre desarrollo y envejecimiento de la población. En 1999, la Asamblea General, en seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad, adoptó dos documentos que sintetizaban las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad más tolerante: "Marco de Políticas para una Sociedad para todas las Edades" y "Programa de Investigación para el Envejecimiento en el siglo XXI".

Al año siguiente, por recomendación del Consejo Económico y Social, la Asamblea General decidió convocar la “Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”, para abril de 2002, en la ciudad de Madrid. En dicho evento, los países adoptaron el Plan Internacional de Acción 2002, el cual presenta la tendencia del envejecimiento global como un “logro” histórico y no como un problema, como un “enorme potencial” y no como una “carga”; visión que, reflejada en el manejo de las economías, así como en la organización de las sociedades, redundaría positivamente en las personas de edad.

De allí la importancia de tener en cuenta el Plan de Acción para la formulación de la política nacional sobre envejecimiento. En el Plan se reconoce por primera vez el potencial de las personas mayores para contribuir al desarrollo de sus sociedades y se compromete a los gobiernos a incluir el envejecimiento en todas las políticas de desarrollo social y económico, especialmente en los programas de reducción de la pobreza.

Los temas del Plan cubren tres prioridades: 1) Las personas mayores y el desarrollo, 2) La prolongación de la salud y el bienestar hasta la tercera edad, y 3), los entornos favorables y solidarios. El Plan de Acción afirma que la pobreza de las personas mayores debe abordarse en el contexto de la Meta de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la pobreza extrema en el mundo para el 2015; enfatiza los derechos de las personas mayores y su participación en los procesos de desarrollo y cubre temas de interés, en los países de bajos ingresos. Colombia tuvo una activa participación en todo el proceso de negociación del Plan de Acción de Madrid, razón por la cual, este es un compromiso que para el país no admite dudas. Se ratifica también el interés expresado durante la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento al suscribir la Estrategia Regional sobre Envejecimiento, aprobada por la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en Santiago de Chile, en noviembre de 2003.

La Universidad Javeriana, a solicitud del Ministerio de la Protección, y a través de un contrato, realizó una revisión exhaustiva del tema y presentó en Junio de 2006 el documento “Envejecer en Colombia, Aportes para una Política en Vejez y Envejecimiento”, en estos escenarios, el país se comprometió a construir en forma colectiva, con la participación de los sectores público y privado, una política de largo plazo en materia de envejecimiento, basada en un diagnóstico que tuviese en cuenta los resultados de investigaciones específicas que permitieran darle, como principal característica, una condición holística ajustada a las necesidades del país.

A partir de este momento, y en consonancia con los compromisos adquiridos, se organizan en Colombia mesas de concertación con los diferentes actores involucrados en la problemática del envejecimiento y de la persona mayor, entre los que se pueden destacar los Ministerios de la Protección Social, Educación Nacional, Comunicaciones, Agricultura, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; el Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el Comité Consultivo Nacional de persona Mayor, organizaciones de personas mayores; universidades con programas relacionados; investigadores, profesionales independientes interesados y comprometidos con el tema y las entidades territoriales.

En el período 2003-2006 se plantearon los lineamientos que debería contener la Política, los objetivos, los temas centrales críticos y se realiza un diagnóstico de las personas mayores que se identificaron algunos escenarios de Política. A finales del mismo año, la Fundación Saldarriaga Concha, a solicitud del Ministerio de la Protección Social, se vincula directamente a este proceso, y a través de la contratación de dos consultoras, hace una revisión de todos los documentos “memoria” de las mesas de trabajo y de las diferentes reuniones realizadas sobre el tema, actualiza el diagnóstico, establece el marco nacional y las diferencias regionales sobre la situación de las personas mayores en Colombia y plantea los aspectos estructurales de la política.

4.2. MARCO TEÓRICO.

Según Tamayo (2012), el marco teórico es integrar el tema de la investigación con las teorías, enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general que se refieren al problema de investigación. En tal sentido, el marco teórico amplía la descripción del problema. (Tamayo, 2012, pág. 148)

4.2.1. Teoría de costos.

Son muchas las empresas que requieren conocer el costo de cada uno de sus productos vendidos para tomar innumerables decisiones; sin embargo, sólo conocen una aproximación del mismo dado que posee un sistema de costeo deficiente o inexistente. (Murillo , 2002)

Por lo tanto, toda empresa tiene como objetivos el crecimiento, la supervivencia y la obtención de utilidades; para el alcance de éstos, los directivos deben realizar una distribución adecuada de recursos (financieros y humanos) basados en buena medida en información de costos; de hecho, son frecuentes los análisis de costos realizados para la adopción de decisiones (eliminar líneas de productos, hacer o comprar, procesar adicionalmente, sustitución de materia prima, localización, aceptar o rechazar pedidos, diseño de productos y procesos), para la planeación y el control.

Anteriormente, los sistemas de costeo se limitaban a acumular datos para costear los productos elaborados, e incorporarlos en informes de la contabilidad financiera (Balance General y Estado de Resultados); sin embargo, el desarrollo de las industrias, dado los adelantos tecnológicos introducidos por la globalización y la competitividad, han hecho que las operaciones fabriles y las líneas de productos se tornen más complejas.

En las empresas manufactureras, grandes sumas de dinero son desembolsadas por concepto de mano de obra, electricidad, materias primas, combustibles y

otros, para realizar actividades de producir, vender y administrar. (Sinisterra, 1997) y se manejan diversos inventarios, (materias primas, suministros, repuestos, productos y otros), todo con el fin de fabricar productos destinados a la venta o la prestación de algún servicio.

4.2.2. Objetivos de la Contabilidad de Costos

Lemus (2010), afirma que, como subsistema de la contabilidad financiera, la contabilidad de costos debe cumplir los siguientes objetivos:

- Acumular los datos de costos para determinar el costo unitario del producto fabricado; cifra clave para fijar el precio de venta y conocer los márgenes de utilidad.

- Brindar a los diferentes niveles de la administración de la empresa datos de costos necesarios para la planeación de las operaciones de manufactura y el control de los costos de producción.

- Contribuir con el control de las operaciones de manufactura. Proporcionar a la administración la información de costos necesaria para la presupuestar los estudios económicos y otras decisiones especiales, relacionadas con inversiones a largo y mediano plazo.

- Brindar racionalidad en la toma de decisiones.

Basados en la perspectiva de Gillespie & Alatraste (1939), en su libro "Introducción a la Contabilidad de Costos" habla de "La Contabilidad de costos, aplicada a las actividades fabriles, es el procedimiento para llevar los costos de producción con una doble finalidad, determinar el costo unitario de los artículos producidos y facilitar diversas clases de comparaciones con las cuales se mide la ejecución productora". La Contabilidad de Costos, desde el punto de vista de la fabricación,

es la rama o la sección de la contabilidad creada para ocuparse esencialmente de los factores de la producción. (Gillespie & Alatríste, 1939)

4.2.3. Problemática en atención al adulto mayor.

El envejecimiento de la población mundial es una característica definitoria del siglo XXI. Esta se da tanto porque las personas incrementan su longevidad individual como porque se incrementa el número de la población con más de 60 años. En la actualidad ha aumentado el número de quienes viven 60, 80 o inclusive 100 y más años. Así, el envejecimiento poblacional y la longevidad constituyen lo que se denomina una revolución silenciosa: la revolución demográfica (Naciones Unidas)”

“La revolución demográfica actual se expresa en rápidos cambios de la estructura poblacional, de modo que cada vez disminuye la cantidad de niños menores de 14 años y aumenta el número de personas de 60 y más años. Esto equivaldría, según Hagestad (1998), a la “nueva longevidad” y a la “desaparición de la pirámide poblacional”, la cual va transformándose en una figura de tipo tubular, con la base cada vez más estrecha, por la reducción de la natalidad; y la cúspide cada vez más amplia por el aumento de la población de 60 y más años” (Ruiz, & Londoño , 2007)

La soledad, falta de atención y abandono son los problemas que enfrentan a diario la mayoría de los adultos mayores en Colombia. Esta situación se agudiza, según el Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), con el hecho de que antes del 2021, en el país habrá una persona mayor de 60 años por cada dos adolescentes, y que las condiciones para atenderlos de manera integral son deficitarias. Ello supone desafíos para el estado respondiendo interrogantes en áreas como acceso a servicios de salud y cuidado; teniendo como contexto una sociedad donde prevalece una mirada negativa sobre el envejecimiento.

De acuerdo a lo anterior, la carencia de centros gerontológicos que cumplan con todas las especificaciones exigidas por el Ministerio de protección social y la secretaria de salud disminuye la posibilidad de que los adultos mayores que evidentemente cada vez aumentan más en Colombia tengan la posibilidad culminar su vida de una manera digna.

Por otra parte, investigaciones sociales han develado que las sociedades construyen pensamientos, actitudes y creencias desfavorables frente al proceso de envejecimiento.

La mirada medicalizada y morbicentrica ha llevado por varios años a un enfoque desde la funcionalidad y la productividad que dejó en desventaja a las personas mayores frente a su potencial humano, pues al no lograr contribuir de la misma forma que otros integrantes de la sociedad, su valoración disminuye traduciéndose en pérdida de poder de decisión y participación en los asuntos familiares y sociales. La vejez es presentada por algunos autores como “el estado de una persona que, por su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso en su participación social”, el que haya un proceso de pérdida física, psíquica y biológica implica necesariamente cambios en las relaciones sociales, situación económica y estilo de vida (Alberich, 2008).

4.2.4. Fortalecimiento y diversificación de los programas de subsidio e institucionalización de personas mayores.

Actualmente existen personas mayores que no cuentan con redes de apoyo familiar ni social, y que no cuentan con ingreso alguno ya sea porque nunca de tuvo empleo o porque no se realizó aportes al sistema de pensiones, se requiere se mantengan y fortalezcan las acciones de asistencia social a las personas mayores, ya sea a través de programas de subsidio parcial o total así como proyectos de institucionalización. Dichos programas requieren diversificarse desde un enfoque diferencial buscando las necesidades puntuales para adjudicar las acciones de cobertura que le provean mayor calidad de vida.

Se deben de proponer acciones de educación y seguimiento al uso de los subsidios buscando que estos sean invertidos en el fin para el cual fueron creados, permitir a la persona mayor suplir parcialmente algunas de las necesidades que afecten su calidad de vida.

Cobertura

Se supone que en las edades avanzadas el ingreso está garantizado por medio de un modelo de pensiones, lo cierto es que de acuerdo a la encuesta SABE de 2015 realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, esta cobertura no supera el 30 por ciento, otros ingresos provienen: 30,9% de actividades laborales, 29.2% de aportes de familiares que viven en Colombia, 11.9% recibió ingresos de rentas e inversiones, el 3.9% reportó recibir giros de familiares del exterior o de alguna otra institución o persona, y una quinta parte reportó recibir subsidios estatales.

La consecuencia no puede ser otra que la dependencia, que, según Heredia, se relaciona con las disfunciones laborales marcadas por el rechazo que enfrenta esta población, incluso desde la cuarta década. Es claro, según el especialista, que después de los sesenta años, más de la mitad de los colombianos tienen que trabajar por necesidad, informalmente y en condiciones adversas de seguridad social.

Se suma una fragilidad en el apoyo y el acompañamiento que las familias brindan a sus mayores, lo que se agudiza ante la presencia de enfermedades mentales, neurológicas o físicas, que los tornan dependientes. “Esto genera agotamiento de los cuidadores, hasta el punto de tener familias completas enfermas por falta de ayuda, capacitación y reconocimiento”, dice Cuadros. (El Tiempo, 2018)

Lo grave es que todo esto llega fácilmente al maltrato, una tendencia preocupante a la institucionalización y, en muchos casos, hacia el abandono.

La cobertura en salud al parecer es la salida a las carencias de apoyo social e integral para las personas mayores, según datos de SABE (estudio poblacional descriptivo en salud, sobre el envejecimiento y bienestar de la población de hombres y mujeres mayores de 60 años en el país realizado en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social), 74 de cada 100 adultos mayores manifiestan recurrir a los servicios de salud ambulatorios casi de manera

permanente, sobre todo en los estratos altos. Y si hay cobertura por planes complementarios, esta demanda crece casi al 100 por ciento, con el agravante de que la cuarta parte recurre directamente a hospitales de alta tecnología, la mayoría por síntomas o padecimientos que no requieren de esos niveles. Encuesta SABE 2015 – Ministerio de Salud y Protección Social. (Ministerio de Salud, 2015)

Tal vez por eso Colombia ostenta una de las mayores tasas del mundo en hospitalización para la tercera edad, cuando las principales enfermedades que la aquejan hubieran podido prevenirse o manejarse dentro de un contexto integral, lo que impacta –según Hernando Nieto, presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública– en unos gastos exagerados y en una asistencia ineficiente y complicada.

El Estado, en su totalidad y no solo el Sistema de Salud, dice el salubrista Hernando Nieto, debe generar políticas claras para enfrentar este desafío. “Un cambio de cultura, donde los ancianos sean los ejes de toda intervención, no da espera, y quienes toman decisiones no pueden ser indiferentes a esta situación”, sugiere.

Heredia considera que el asunto de la vejez debe convertirse en un asunto personal que hoy tiene dos bloques. Uno, el de los jóvenes que requieren intervención desde las mismas familias, el colegio, la universidad y los entornos sociales para que vean el envejecimiento como un hecho no de terceros, sino con referencia en sí mismos. Y el otro, en las personas que ya están viejas, que deben abordarse dentro de un componente integral.

Es urgente, dice Heredia, cuantificar y cualificar a los mayores más vulnerables para que el Estado canalice acciones, elimine gastos innecesarios y se enfoque en las personas. Hernando Nieto agrega que es necesario un modelo pensional que abarque a la mayoría de las personas, bajo la premisa de que los ancianos

son cada vez más numerosos y no se pueden convertir en una carga insostenible. Del mismo modo, se exige un cambio cultural alrededor del empleo que armonice la utilidad de las personas con su expectativa de vida y las considere productivas, de manera objetiva.

Ante este panorama, Robinson Cuadros, de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, advierte que es clave pasar ya de un modelo de salud basado en la enfermedad para abrirle paso a un sistema de cuidados. Asimismo, considera que pertenecer a un país con uno de los índices de mayor envejecimiento en el mundo, de acuerdo con Euro monitor Internacional 2017, “no es un problema ni una desgracia como muchos lo plantean; es un reto como sociedad y una oportunidad de desarrollo”. (El Tiempo, <https://www.eltiempo.com/vida/salud/panorama-de-los-adultos-mayores-en-colombia-a-2018-213710>, 2018)

Juan Pablo Corredor, jefe de la oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud, afirma que la principal política que beneficia a la población adulta mayor es el desarrollo e implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), diseñado con enfoque de curso de vida y en el cual siete de los 16 grupos de riesgo corresponden a aquellos que tienen alta relación con el envejecimiento y la vejez. (Tiempo, 2018)

El actual plan de beneficios contempla la atención de las enfermedades crónicas y la rehabilitación funcional de las condiciones que generan discapacidad, muchas de las cuales se desarrollan con el envejecimiento; por ejemplo, limitaciones físicas, visuales, auditivas y de salud mental. Por ello, investigaciones como la encuesta SABE 2015 y la Misión Colombia Envejece señalan cómo, entre todos los derechos de la población adulta mayor, el de la salud es uno a los que más garantía y acceso tienen.

La familia debería de asumir la responsabilidad social y legal de cuidar de las personas mayores, y sobre todo que el adulto mayor se siente más vulnerable con el tiempo, arrojando como resultado que dos terceras partes de las personas adultas mayores encuestadas consideraron que no ocupan el lugar en la sociedad que les corresponde, cerca de la mitad tenían una visión negativa del envejecimiento que lo relacionaban con fragilidad, dependencia o discriminación, el 12.9% de las personas adultas mayores reportó haber sufrido maltrato, más frecuente en mujeres, a mayor edad, en estratos socioeconómicos bajos y en la zona rural y el 15,4% reportó haber sido desplazado alguna vez por violencia o conflicto armado.

Es así como el Municipio de Santiago de Cali, para brindar protección al adulto mayor en situación de abandono o víctima de violencia, cuenta con una ESE Hospital Nivel I, para este segmento poblacional cuya misión es ofrecer servicios de salud de baja complejidad y programas complementarios con calidad, que garantizan el bienestar integral a los adultos mayores y adicional a su misión esta entidad presta también el servicio de albergue de manera temporal o definitiva.

La ESE Hospital Nivel I, tiene una infraestructura adecuada, un recurso humano calificado, procesos documentados, organización administrativa estructurada y su sostenimiento financiero lo hace a través de venta de servicios mediante contratos o convenios interadministrativos suscritos con el Municipio de Santiago de Cali. Es importante señalar que la población beneficiada del programa de albergue es seleccionada por el mismo Municipio y la responsabilidad y el riesgo siempre será de este mismo, además en un alto porcentaje de la población albergada llegará a vivir de forma indefinida o hasta que se encuentre un familiar que se haga responsable de la tenencia del adulto mayor.

Es importante que esta ESE Hospital Nivel I, especifique los requerimientos en materia de costos, planteando la necesidad de registrar los costos en el sistema contable de acuerdo a la funcionalidad del mismo, de manera que se pueda

establecer el costo real por cada servicio ofrecido, teniendo como fundamento un presupuesto independiente, que garantice una separación entre ingresos y egresos para cada uno de los servicios prestados.

4.2.5. Mapa de procesos genérico que permita suministrar información del funcionamiento de centros geriátricos.

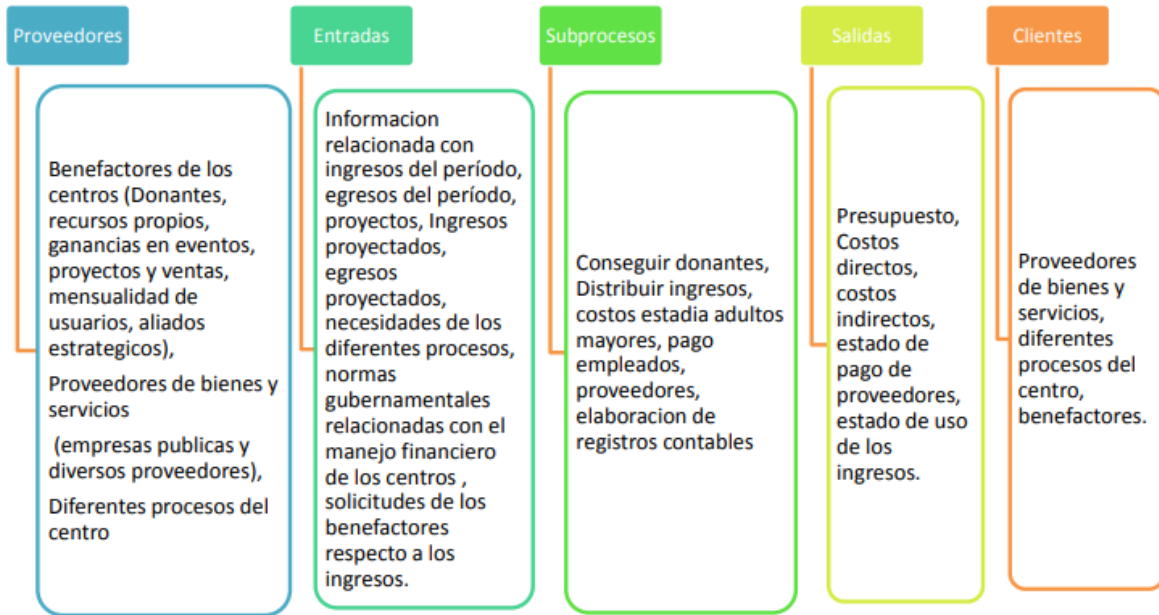
A continuación, se realiza un mapa de procesos genérico como modelo, que permita suministrar información del funcionamiento de centros geriátricos en el manejo de sus operaciones.

Figura No. 2 Mapa de Procesos genérico del funcionamiento de los centros



Fuente: (López, 2012).

Figura No. 3 Proceso de planificación financiera de una Institución Geriátrica



Fuente: (López, 2018)

4.3. MARCO CONCEPTUAL

Según Tafur (2008) el marco conceptual es el conjunto de conceptos que expone un investigador cuando hace el sustento teórico de su problema y tema de investigación.

Costos: El costo o coste es el gasto económico que representa la fabricación de un producto o la prestación de un servicio. Al determinar el costo de producción, se puede establecer el precio de venta al público del bien en cuestión (el precio al público es la suma del costo más el beneficio). (Tafur, 2008).

Para Rojas los costos es la suma de las erogaciones en que incurre una persona para la adquisición de un bien o servicio, con la intención de que genere un ingreso en el futuro (Rojas Medina, 2007, p, 9).

Costos fijos: Son aquellos costos que permanecen constantes en su magnitud, dentro de un período determinado, independientemente de los cambios

registrados en el volumen de operaciones realizadas (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Son aquellos que permanecen constantes dentro de un período determinado, sin importar si cambia el volumen de producción (Rojas Medina, 2007).

Costos variables: Son aquellos cuya magnitud cambia en razón directa al volumen de las operaciones realizadas (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Son aquellos que cambian o fluctúan en relación directa a una actividad o volumen dado (Ramirez, García, & Pantoja, 2010).

Costos semifijos, semivariables o mixtos: Son los que tienen un componente de costos fijos y otro de costos variables (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Es la combinación tanto de costos fijos como variables (Rojas Medina, 2007).

Costos históricos: Son aquellos costos que se determinan con posterioridad a la conclusión del proceso productivo o del período de costos (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Son los que se incurren en un determinado período (Rojas Medina, 2007).

Costos predeterminados: Son aquellos que se determinan con anterioridad al proceso productivo o al período de costos (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Son los que se establecen antes del hecho físico de la producción y pueden ser: estimados o estándar (Rojas Medina, 2007).

Costos directos: Son aquellos que se pueden identificar o cuantificar plenamente con los productos terminados o con departamentos o áreas específicas (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Es el que se identifica plenamente con una actividad, departamento o producto (Rojas Medina, 2007).

Costos indirectos: Son los costos que no se pueden identificar o cuantificar plenamente con los productos terminados, con departamentos o áreas específicas

(Ramirez, García, & Pantoja, 2010). Es el que no se puede identificar con una actividad determinada (Rojas Medina, 2007).

Sistema de costos por órdenes de producción: En este sistema la unidad de costeo es generalmente un grupo o lote de productos iguales. La fabricación de cada lote se emprende mediante una orden de producción. Los costos se acumulan para cada orden de producción por separado y la obtención de los costos unitarios es cuestión de una simple división de los costos totales de cada orden, por el número de unidades producidas en dicha orden (Rojas Medina, 2007).

En este sistema el lote u orden de fabricación constituye el objeto de producción y se trabaja de manera individualizada e independiente de cualesquiera otros. Los costos de producción se causan, acumulan y asignan por lote, toda vez que éste es el objeto de costeo. Cada lote puede ser completamente diferente de los demás, razón por la cual las empresas que trabajan con este sistema pueden tener una producción muy diversificada. Para los registros y controles de los recursos que se consumen y los costos que causan en la elaboración de cada lote u orden de fabricación, acostumbran a preparar un documento conocido entre otras con las denominaciones de “Orden de fabricación” u “Orden de producción” (Ramirez, García, & Pantoja, 2010).

Sistema de costos por procesos: sistema de fabricación, en que los productos son elaborados en serie, comúnmente empleado en grandes entes industriales, que en condiciones normales no interrumpen sus actividades de fabricación (Ramirez, García, & Pantoja, 2010). En este sistema la unidad de costeo es un proceso de producción. Los costos se acumulan para cada proceso durante un tiempo dado. El total de costos de cada proceso, dividido por el total de unidades obtenidas en el período respectivo, da como resultado el costo unitario en cada uno de dichos procesos (Rojas Medina, 2007).

Sistema de Costos ABC: El sistema de costos ABC se basa en el principio de que la actividad es la generadora de costos y que los productos consumen actividades. Los productos generan actividades y las actividades consumen costos (Gerencie.com, 2017). El sistema ABC se basa en la agrupación de centros de costos que conforman una secuencia de valor de productos y servicios de la actividad productiva de la empresa (Universidad global de Honduras, 2018).

Rentabilidad: En sentido general se denomina rentabilidad a la medida del rendimiento que en un determinado periodo de tiempo producen los capitales utilizados en el mismo. (Tafur, 2008). De igual manera Ortiz (2002) afirma que la rentabilidad es un indicador que mide la eficacia; es decir, qué tan exitosamente la empresa está creando riqueza para sus dueños, los accionistas.

Procesos: Es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico, diseñado por el hombre para mejorar la productividad de algo. (Tafur, 2008). En este concepto Ortiz (2002) afirma que el proceso refleja el grado de efectividad en el empleo de los recursos totales de la empresa.

Recursos: Es un elemento o conjunto de elementos cuya utilidad se fundamenta en servir de mediación con un objetivo superior. (Tafur, 2008). Son los distintos medios o ayuda que se utiliza para conseguir un fin o satisfacer una necesidad (Rojas Medina, 2007).

Eficacia: Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, es decir con la realización de actividades que permiten alcanzar las metas establecidas. (Tafur, 2008). También se afirma que es la manera como se logra los objetivos dentro del tiempo establecido (Lerma & Bárcena, 2012).

Planificación: Es el proceso de definir el curso de acción y los procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y metas (Tafur, 2008). También lo definen

como el camino a seguir de acuerdo con el conjunto de estrategias y metas definidas (Lerma & Bárcena, 2012).

Competitividad: Es la capacidad que tiene la empresa, de obtener rentabilidad en el mercado en relación a sus competidores (Tafur, 2008). La competitividad depende de la relación entre el valor y la cantidad del producto ofrecido y los insumos necesarios para obtenerlo (productividad), y la productividad de los otros oferentes del mercado (Varela, 2001).

4.4. MARCO LEGAL

Conjunto general de normas, criterios, metodologías, lineamientos y sistemas, que establecen la forma en que deben desarrollarse las acciones para alcanzar los objetivos propuestos en el proceso de programación-Presupuestación.

Dentro del marco contable colombiano se ha optado por un cambio que le permita a la economía mejorar su productividad y competitividad, de allí surge la implementación de Normas Internacionales de Contabilidad, con el fin de estar a la vanguardia en la generación de información útil y comprensible para la toma de decisiones.

El Consejo Técnico de la Contaduría Pública CTCP en su Direccionamiento Estratégico de Convergencia de 2012, menciona como Estándares Contables aquellos emitidos por El Consejo de Estándares de la Contabilidad Financiera (FASB por sus siglas en inglés), Estándares contables emitidos por el Consejo de Normas Internacionales de Contabilidad (IASB por sus siglas en inglés), y La Guía de Contabilidad y de Reporte Financiero para Empresas de Tamaño Pequeño y Mediano, entre otras, emitida por el Grupo de Trabajo Intergubernamental de Expertos en Estándares Internacionales de Contabilidad y de Reporte (ISAR por sus siglas en inglés) como los son las NIC y NIIF, (Pública, Consejo Técnico de la Contaduría, 2012).

El marco jurídico de la contabilidad en Colombia está conformado por la Ley 145 de 1960, en los artículos que aún siguen vigentes. Por la Ley 43 de 1990, por el Decreto 2649 de 1993 y por el Código de Comercio.

Quizás la norma más importante es la Resolución 414 de 2014, Marco Normativo “Empresas que no cotizan en el mercado de valores y que no captan ni administran ahorros del público (NICSP), por cuanto es esta la norma que regula los principios que debe observar en la contabilidad. La contabilidad para que tenga validez como prueba y para que cumpla con sus objetivos, debe ajustarse a lo dispuesto por la Contaduría General de la Nación.

La Ley 43 de 1990 reglamenta la profesión de Contador público, profesional en el que recae la responsabilidad de llevar la contabilidad en debida forma, esto es que debe asegurarse que la contabilidad cumpla con todas las normas que la reglamentan.

Ley 1315 en la cual se establecen las condiciones para asegurar que la estadía de los ancianos en los centros de atención, protección social y centros de día sea digna y tengan todo lo que un adulto mayor pueda necesitar. (Colombia, Congreso de la República) en esta Ley específicamente en el artículo 5 se dispone que los centros geriátricos deben tener una estructura física que cumpla con los requisitos establecidos en la Ley 361 de 1997 Título cuarto y las normas que incluye, además exige unas características específicas en el diseño de la infraestructura física.

El Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social contiene en la sección 2, capítulo 8 título 3, parte 5 del libro 2 las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permite realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud y evaluación del estado de implementación y desarrollo de la política de prestación de servicios de salud y su

impacto en el territorio nacional. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

El artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa que el hoy Ministerio de Salud y Protección Social “(...) determinará y comunicará a las direcciones departamentales, municipales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las empresas sociales del Estado, teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicio de la evaluación por indicadores de salud (...). Las empresas sociales del Estado, atendiendo su situación financiera se clasificarán de acuerdo a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social (...)”. (Colombia, Congreso de la Republica. , 2011)

Resolución 2509 de 2012, donde se incorpora los ingresos operacionales corrientes de que trata el numeral 5.1, los ingresos recaudados por recursos de subsidio a la oferta destinados a: i) la financiación de aportes patronales y ii) facilitar la operación, acceso y atención en salud a la población en los departamentos definidos en el numeral 5º del artículo 2.4.6 del Decreto 780 de 2016. En el numeral 5.2, se tienen en cuenta los pasivos netos con edad superior a un año para la estimación del superávit o déficit no corriente. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social,, 2012)

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Este proyecto emplea un tipo de estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, en donde se busca plasmar un conjunto de ideas fundamentadas en la información que permita evaluar la eficiencia operativa de los ingresos versus costos de una E.S.E Geriátrica de la ciudad de Santiago de Cali, vigencia 2018. Se recolecta la información a través del sistema contable y presupuestal, en ocasión a 236 pacientes institucionalizados en la ESE Hospital Geriátrico.

5.2. MÉTODO DE ESTUDIO.

El método a utilizado en esta investigación es deductivo, ya que a través de este procedimiento se va de planteamientos generales a planteamientos a particulares, es decir, se mide la **eficiencia** operativa específicamente en un Hospital Geriátrico Nivel 1.

5.3. FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se recolectarán datos mediante visita realizada al Hospital Geriátrico Nivel 1 en estudio y en donde la observación es herramienta clave de las fuentes primarias, dado que es precioso visitar estos hogares para conocer de primera mano la información oportuna y adecuada para el desarrollo de este trabajo. Además se realizaran visitas a otros centros geriátricos en los cuales se busca información relevante para la investigación adelantada.

5.3.1. Fuentes Primarias.

La observación es una pieza clave, ya que se logra advertir los riesgos psicosociales que se generan en estas organizaciones. Además, la entrevista y encuesta realizada.

5.3.2. Fuentes secundarias.

Se hace uso de Fuentes bibliográficas como: libros, bases de datos científicas, internet, revistas, etc.

Se realizará un análisis legal soportado con las normas aplicables a la protección del adulto mayor en situación de abandono o víctima de la violencia, estudio que se fundamentará en normas de Derecho Internacional, Derechos Humanos y Acuerdos Internacionales, la Constitución Política de Colombia, el Plan de Desarrollo Nacional y las Políticas Públicas Nacionales. Posteriormente las leyes, Decretos y Resoluciones a nivel Nacional que desarrollan el tema; además Acuerdos Municipales y el Decreto Municipal que establece la estructura del Municipio de Santiago de Cali en el cual se define el objetivo general y los específicos de la Oficina del Adulto Mayor, así como, la norma que contemple las funciones de los servidores de la citada oficina.

Igualmente, es de vital importancia para el análisis tener en cuenta los pronunciamientos efectuados por las diferentes cortes sobre la protección al adulto mayor o víctima de la violencia. Este análisis permitirá determinar cómo el Municipio de Santiago de Cali, da aplicación a la política pública del adulto mayor, a través de los contratos que suscribe para atender esta población o de lo contrario establecer en qué parte esta población se encuentra desprotegida.

En este punto, se enlaza la realidad con el presente trabajo, en la búsqueda de estar al corriente de su sistema de costos si es favorable para la ESE Hospital Geriátrico Nivel I de Santiago de Cali, adecuando el programa de saneamiento fiscal fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social, herramienta establecida para medir la gestión de las ESE y diagnosticar su situación real, conocer su mercado, su competencia, las condiciones de prestación de sus servicios, sus costos de producción, la situación de sus pasivos y la recuperabilidad de la cartera. Paso seguido el trabajo está centrado en el estudio de la información de los elementos de los costos de albergue y atención y los ingresos, para ello se

parte desde la perspectiva financiera, analizando los informes de insumos, gastos generales y costos distribuidos, facturación, y márgenes de rentabilidad.

En su tercera parte en este se presenta un análisis a la información de costos y gastos generada por la E.S.E. Hospital Geriátrico de Santiago de Cali, así como los ingresos relacionados y los márgenes de rentabilidad obtenidos, para con ellos, diagnosticar la situación financiera consolidada y finalmente generar unas recomendaciones que orienten a la administración, enfocadas en el mejoramiento continuo, estabilización y permanencia de la E.S.E. Hospital Nivel I, contribuyendo con el bienestar integral del Adulto mayor.

Cuadro No. 1 Hogares Geriátricos seleccionados en Santiago de Cali como apoyo de información para el proyecto

NOMBRE FUNDACION
Fundación Hogar de Vida para el Anciano San Joaquín
Fundación Gerontológica y Centro día Experiencias Maravillosas
Mi Jardín Otoñal
Fundación Hogar Ángeles de Dios
Las Abejas de Cristal
Cuidarte
Fundación Hogar y Vida
Fundación Santa Clara de Asís
Unión de Mujeres al Cuidado del Adulto Mayor Umcam
Fundación Casa de los Ancianos Espíritu Santo
Fundación el Mana
Luz Karime Mercado Representante Legal de ALBERGUE OTOÑAL
CANITAS

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En esta investigación se tendrán en cuenta todos los aspectos éticos, expuestos en la Resolución 8430 de 1993 (1993), donde en su artículo 5 se afirma que “toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar” (p.2). Además, es necesario entonces, que según el Artículo 6 de la Resolución 8430 de 1993, es necesario que se tengan en cuenta los siguientes parámetros:

- Considerar los principios éticos y científicos que justifiquen el procedimiento.
- Solicitar un consentimiento informado por parte de los participantes o su representante, en este aspecto se deben tener en cuenta las excepciones estipuladas en la Resolución 8430 de 1993.
- Se debe obtener una autorización por parte del representante legal de la institución donde se realice la investigación.
- Es necesario contar con la aprobación del proyecto por parte del comité de ética.
- Garantizar la privacidad de los participantes en la investigación, identificándolo solo cuando así se requiera.

También se tendrán en cuenta los cuatro principios de la bioética, los cuales se describen a continuación:

Autonomía: se les permitirá a los participantes ser libres en su decisión respecto a la participación, por lo que no se ejercerá ningún tipo de presión física, psicológica o moral, para que los usuarios den respuesta a las encuestas.

Beneficencia: se tratará al usuario con el debido respeto esforzándose en cada momento para que este sea beneficiado, principalmente teniendo en cuenta sus condiciones de salud o sus necesidades actuales.

No maleficencia: el profesional actuará conforme a sus principios éticos, de tal modo que no se le cause ningún tipo de daño a los participantes, por el contrario, se buscará prevenir cualquier inconformidad.

Justicia: los recursos médicos y beneficios que se otorguen serán distribuidos de manera equitativa, de tal modo que todos los participantes puedan tener el mismo derecho para acceder a ellos, independientemente de sus condiciones.

Al tener en cuenta los anteriores parámetros, se estaría garantizando el desarrollo de una investigación sin riesgo, donde prevalezca la seguridad para sus participantes. En este sentido se estaría dando cumplimiento a los siguientes artículos, establecidos en la Resolución 8430 de 1993 (1993).

Artículo 9. Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Artículo 12. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Así mismo, será suspendida de inmediato para aquellos sujetos de investigación que así lo manifiesten.

7. ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA INGRESOS VERSUS COSTOS

7.1. ACTIVIDADES REALIZADAS Y RECURSOS UTILIZADOS POR LA E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO – VIGENCIA 2018

El Municipio de Santiago de Cali, a través del CONSEJO DE POLITICA FISCAL MUNICIPAL "CONFIS" en cumplimiento del artículo 19 del Decreto 115 de Enero 15 de 1996, que establece: *"La responsabilidad de la desagregación del presupuesto de ingresos y gastos, conforme a las cuantías aprobadas por el Confis o quien este delegue, será de los gerentes, presidentes o directores, (...)"*, mediante Resolución 117 de 2017 de fecha 27 de diciembre 2017, aprobó el presupuesto de ingresos y gastos de esta institución por \$4.558.983.372 para la vigencia 2018, distribuidos de la siguiente manera:

Cuadro No. 2 Presupuesto de Ingresos Vigencia 2018

COD	DETALLE	VALOR
1	INGRESOS	4.558.983.372
10	Disponibilidad inicial	87.532.421
11	Ingresos corrientes	4.382.563.602
11021403	Ventas de Servicios de Salud	4.206.899.243
1100240301	Régimen Subsidiado	145.974.236
1102040302	Atención Población Pobre no Asegurada	3.479.582.669
1102040303	Otras ventas de servicios	581.369.338
110205	Transferencias y Aportes	58.691.250
110298	Otros Ingresos Corrientes	116.973.109
12	Ingresos y/o Aportes de Capital	88.887.349

Fuente: Resolución 117 de 2017 CONFIS

Y el presupuesto de gastos, quedó distribuido de la siguiente manera:

Cuadro No. 3 Presupuesto de Gastos vigencia 2018

COD	DETALLE	VALOR
2	GASTOS	4.558.983.372
21	Gastos de Funcionamiento	4.558.983.372

Fuente: Resolución 117 de 2017 CONFIS

Respecto al presupuesto fijado inicialmente por el CONFIS, se pudo evidenciar que durante la vigencia 2018 hubo adiciones presupuestales representados en \$949.705.907 que correspondieron a contrataciones realizadas con el Municipio para el mejoramiento de la infraestructura física y adquisición de equipos biomédicos en aras de mejorar el edificio donde se atiende a la población adulta mayor institucionalizada en esta E.S.E., cabe recordar que estos recursos tienen destinación específica y no se pueden apropiar como gastos de funcionamiento.

De acuerdo con el informe final del Tesoro del Municipio de Santiago de Cali y sus Entidades Descentralizadas de la Vigencia 2018, realizado por la Contraloría General, arrojó como resultado presupuestal:

Cuadro No. 4 Resultado Presupuestal – Vigencia 2018

Resultado Presupuestal – Vigencia 2018					
	DETALLE	Recursos Propios	SGP	Otros (Regalías, Donaciones, entre otros)	TOTAL
+	Recaudos en efectivo de la Vigencia	5.360.002.170	308.508.944	0	5.668.511.114
+	Ejecución en papeles y otros del Balanceo Disponibilidad Inicial)	148.687.109	0	0	148.687.109
+	Ejecución sin situación de Fondos	0	0	0	0
=	1. EJECUCIÓN ACTIVA DE INGRESOS	5.508.689.279	308.508.944	0	5.817.198.223
	Menos				
	Pagos en efectivo de la vigencia	0	0	0	0
	+ Obligaciones	0	0	0	0
	+ Ejecución sin situación de fondos	0	0	0	0
=	2. EJECUCIÓN ACTIVA DE GASTOS	0	0	0	0
	Compromisos	6.315.811.203	308.508.944		6.624.320.147
=	3. EJECUCIÓN PASIVA DE GASTOS	6.315.811.203	0	0	6.624.320.147
	Igual	-807.121.924	308.508.944	0	-807.121.924
	4. RESULTADO FISCAL (1-2-3)	-807.121.924	308.508.944	0	-807.121.924

Fuente: Presupuesto, Tesorería y Contabilidad ESE Hospital Geriátrico - Informe Final del Tesoro del Municipio – Vigencia 2018

Así las cosas, se pudo establecer que el presupuesto asignado fue insuficiente para atender las necesidades de la ESE, ya que como se observa en el informe final, este arrojó un déficit presupuestal de \$807.121.924.

7.2. INGRESOS Y COSTOS MANEJADOS POR LA E.S.E. HOSPITAL GERIÁTRICO

Durante las vigencias 2016, 2017 y 2018 el Municipio de Santiago de Cali, ha suscrito contratos con la E.S.E. Hospital Geriátrico a los tres (3) y/o seis (6) meses después de iniciar cada vigencia, y en la vigencia 2018, la E.S.E. fue sometida a participar en una licitación pública para acceder al contrato de albergue de los adultos mayores que se encontraban internados en esta entidad, de igual forma por las elecciones le aplicaron la Ley de garantías, a continuación se relacionan los contratos suscritos para el adulto mayor institucionalizado, así:

Cuadro No. 5 Ingresos Operacionales Vigencia 2016

Ingresos operacionales vigencia 2016 Cifras en pesos						
Vigencia	Entidad Contratante	Población Beneficiaria	Institucionalizado SI/NO	Valor	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2016	Secretaría de Salud Pública Municipal Cali	147	Si	\$1.312.155.556	16/06/2016	31/12/2016
2016	Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Territorial	150	Si	\$1.534.827.000	10/03/2016	21/12/2016

Fuente: Rendición SIA Observa – vigencia 2016

Cuadro No. 6 Ingresos Operacionales Vigencia 2017

Ingresos operacionales 2017 Cifras en pesos						
Vigencia	Entidad Contratante	Población Beneficiaria	Institucionalizado SI/NO	Valor	Fecha de inicio	Fecha de finalización
2017	Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali	147	SI	\$923.101.700	3/04/2017	31/12/2017
2017	Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Cali	150	SI	\$1.500.000.000	13/03/2017	31/12/2017
2017	Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Cali	86	SI	\$421.753.185	6/12/2017	31/12/2017

Fuente: Rendición SIA Observa – vigencia 2017

Cuadro No. 7 Ingresos Operaciones Vigencia 2018

Ingresos operacionales 2018						
Cifras en pesos						
Vigencia	Entidad Contratante	VALOR INIC.CONTRATO	Institucionalizado SI/NO	PROCEDIMIENTO CAUSAL	FECHA ACTA INICIO	Fecha de Finalización
2018	Secretaría de Salud Pública Municipal	\$ 1.308.508.944	SI	Contratos Interadministrativos	01/06/2018	31/12/ 2018
2018	Secretaría de Bienestar Social	\$1.050.000.000	SI	Licitaciones Públicas	10/05/2018	31/12/2018
2018	Secretaría de Bienestar Social	\$25.951.386	SI	(ADICIÓN)	03/12/2018	28/12/2018

Fuente: Rendición SIA Observa – vigencia 2018

En la vigencia 2018 el Municipio de Santiago de Cali no reconoció los servicios ni el material utilizado para la atención de los adultos mayores en ese periodo de tiempo no contratado, conllevando a la Institución a asumir totalmente los gastos, a un déficit de atención al adulto mayor entre ellas entrega de sus elementos de aseo y una crisis financiera en donde hasta los proveedores no otorgan créditos a corto plazo.

De acuerdo con el estado integral financiero de las vigencias 2017 y 2018, esta E.S.E. ha generado déficit de \$180.427.449 y \$2.154.090 respectivamente.

Por todos estos factores mencionados anteriormente, La E.S.E. Geriátrica ha sido catalogada como una Institución en alto riesgo financiero por el Ministerio de Salud y Protección Social durante las vigencias 2016, 2017 y 2018.

En cuanto a la contratación realizada durante la vigencia 2018, se encuentran debilidades en el pacto de las tarifas entre el Municipio de Santiago de Cali y la ESE Hospital Geriátrico, tales como:

- Tarifas con UPC de 2016 menos el 30%

- Tarifas de forma global para el acompañando psicosocial y apoyo para el cuidado del adulto mayor independiente y dependiente, recurso humano psicosocial y auxiliar de apoyo tales como trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, gerontólogo y auxiliar de apoyo
- Tarifas de forma global de materiales y suministros, papelería, aseo elementos de uso personal y pañales
- Tarifas de forma global para el suministro de alimentación.
- No se evidencia en las etapas del proceso contractual la responsabilidad y continuidad de la asignación de los recursos para la atención del adulto mayor.

En cuanto a la E.S.E. Geriátrica se evidenció debilidades en:

- La aprobación del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2018, no detalla totalmente los ítems a comprar ni a contratar.

En cuanto al registro de los costos en la contabilidad, se pudo determinar qué se encuentran debilidades en:

- Las actividades o servicios prestados por la ESE Hospital Geriátrico están asociadas al código contable 7381 que según el PUC se denomina: **SERVICIOS CONEXOS A LA SALUD - ANCIANATOS Y ALBERGUES** y no a cada actividad
- Los nombres de los Centros de costos determinados por la E.S.E, están asociados a los sitios de ubicación del adulto mayor institucionalizado y no al proceso o actividad.
- En los registros del centro de costos por servicios, solo aparecen elementos que no se asocian de forma directa a la prestación del servicio, como por

ejemplo, en el servicio farmacéutico aparece registrado entre otros gastos por papelería, insecticida y elementos de aseo y no el costo por medicamentos.

- No se tiene un software parametrizado al sistema contable que permita determinar los costos por cada actividad y centro de costos.
- La entidad no tiene definida ni establecida una política contable ni procedimientos de costos.

7.3. ANÁLISIS DEL COSTO DE LAS ACTIVIDADES EN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR ADULTO MAYOR FUNCIONAL Y DEPENDIENTE

7.3.1. Identificación de los servicios de la E.S.E.

La E.S.E. Hospital Geriátrico durante la vigencia 2018, para atender a la población adulta mayor facturó y prestó los siguientes servicios:

Cuadro No. 8 Servicios Prestados por la E.S.E. en Atención al Adulto Mayor

Albergue adulto mayor dependiente
Albergue adulto mayor funcional
Atención preventiva de Salud Oral
Consulta Externa
Consultas odontológicas
Controles de Enfermería y de P y P
Detección Temprana y alteraciones en el adulto
Enfermería
Fisioterapia
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje
Geriatría
Gerontología
Internación Atención institución del paciente crónico
Internación General Adultos
Medicina Alternativa – Homeopatía
Nutrición y dietética
Otras actividades de promoción y prevención
Otros Servicios - Transporte de pacientes
Podología y manicure
Psicología
Psiquiatra
Servicio de alimentación
Servicio de lavandería
Servicio farmacéutico

Terapia ocupacional
Terapia respiratoria
Toma de muestras de laboratorio clínico
Trabajadora social

7.3.2. Asociación de los Ingresos versus costos de la E.S.E. Hospital Geriátrico

Para la asociación de los ingresos versus los costos, se tomó como fuente de trabajo el total de los contratos suscritos de la E.S.E con el Municipio y los contratos suscritos por la E.S.E. Hospital Geriátrico con los diferentes proveedores de servicio durante la vigencia 2018; esta información fue tomada de la rendición de cuentas anual que hace tanto el Municipio de Santiago de Cali y la E.S.E. a través del SIA OBSERVA a la Contraloría General, en cumplimiento de la normatividad vigente. La asociación de cada actividad se hizo teniendo en cuenta la descripción de los servicios y tarifas contratadas por la E.S.E. y la descripción del objeto del contrato realizado por la E.S.E con los diferentes proveedores, arrojando como resultado:

Cuadro No. 9 Total concepto de costos

ESE HOSPITAL GERIÁTRICA TOTAL POR CONCEPTO DE COSTOS VIGENCIA 2018					
SERVICIOS	MATERIALES	PROFESIONAL	DEPRECIACION EQUIPOS	COSTOS INDIRECTOS	TOTAL
Consulta Externa	\$ 0	\$ 32.636.000	\$ 182.499	\$ 59.328.043	\$ 92.146.542
Atención preventiva de Salud Oral	\$ 0	\$ 14.200.000		\$ 59.328.043	\$ 73.528.043
Enfermería	\$ 0	\$ 74.202.700		\$ 59.328.043	\$ 133.530.743
Controles de Enfermería y de P y P	\$ 0	\$ 582.738.600		\$ 59.328.043	\$ 642.066.643
Otras actividades de promoción y prevención	\$ 0	\$ 36.370.200		\$ 59.328.043	\$ 95.698.243
Detección Temprana y alteraciones en el adulto	\$ 0			\$ 59.328.043	\$ 59.328.043
Consultas odontológicas	\$ 0	\$ 15.600.000	\$ 362.034	\$ 59.328.043	\$ 75.290.077
Geriatría	\$ 0	\$ 35.880.000		\$ 59.328.043	\$ 95.208.043
Gerontología	\$ 0	\$ 4.142.000		\$ 59.328.043	\$ 63.470.043
Nutrición y dietética	\$ 0	\$ 23.180.000	\$ 3.229	\$ 59.328.043	\$ 82.511.272
Servicio de alimentación	\$ 531.765.551	\$ 141.487.667		\$ 59.328.043	\$ 732.581.261
Psicología	\$ 0	\$ 53.498.300		\$ 59.328.043	\$ 112.826.343
Psiquiatra	\$ 0	\$ 177.900		\$ 59.328.043	\$ 59.505.943
Medicina Alternativa – Homeopatía	\$ 0	\$ 3.605.333		\$ 59.328.043	\$ 62.933.376
Toma de muestras de laboratorio clínico	\$ 0	\$ 48.001.889		\$ 59.328.043	\$ 107.329.932
Servicio farmacéutico	\$ 21.455.043	\$ 73.342.800		\$ 59.328.043	\$ 154.125.886
Fisioterapia	\$ 1.523.000	\$ 20.453.100	\$ 1.088.953	\$ 59.328.043	\$ 82.393.096
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje	\$ 0	\$ 16.300.000		\$ 59.328.043	\$ 75.628.043
Terapia ocupacional	\$ 0	\$ 12.901.400	\$ 5.288	\$ 59.328.043	\$ 72.234.732
Terapia respiratoria	\$ 0			\$ 59.328.043	\$ 59.328.043
Internación General Adultos	\$ 0	\$ 18.000.000	\$ 6.125.000	\$ 59.328.043	\$ 83.453.043
Internación Atención institución del	\$ 0			\$ 59.328.043	\$ 59.328.043

ESE HOSPITAL GERIÁTRICA TOTAL POR CONCEPTO DE COSTOS VIGENCIA 2018					
SERVICIOS	MATERIALES	PROFESIONAL	DEPRECIACION EQUIPOS	COSTOS INDIRECTOS	TOTAL
paciente crónico					
Trabajadora social	\$0	\$ 13.600.000		\$ 59.328.043	\$ 72.928.043
Podología y manicure	\$0	\$ 23.487.333		\$ 59.328.043	\$ 82.815.376
Otros Servicios - Transporte de pacientes	\$0	\$2.450.000		\$ 59.328.043	\$ 61.778.043
Albergue adulto mayor funcional	\$56.865.656			\$ 59.328.043	\$ 116.193.700
Servicio de lavandería	\$14.166.750			\$ 59.328.043	\$ 73.494.793
Albergue dependiente	\$690.095.322		\$11.162	\$ 59.328.043	\$ 749.434.527
TOTAL	\$ 1.315.871.323	\$ 1.246.255.222	\$ 7.778.165	1.661.185.208	\$ 4.231.089.918

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro, se observa que el costo total de los materiales requeridos por cada uno de los servicios realizados deja ver que el mayor costo está representado en Albergue Dependiente y Servicio de Alimentación con valores de \$690.095.322 y \$531.765.551 respectivamente; como hubo contratos que generaron menor costo como Servicio Farmacéutico \$21.455.043, fisioterapia \$1.523.000, Servicio de Lavandería por \$14.166.750 y Albergue adulto mayor funcional por \$56.865.656.

En los contratos suscritos por la E.S.E. con proveedores no se evidencia una asociación de adquisición de materiales para Otros servicios – Transporte de pacientes, trabajadora Social, Internación del paciente crónico, internación general de Adultos, Terapia respiratoria, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Toma de muestras de laboratorio, medicina alternativa, Psiquiatría, Psicología, Nutrición y Dietética, Gerontología, entre otros.

En referencia al costo del recurso humano es calculado por el valor contratado anual que se requiere para cada servicio prestado en razón a la atención del adulto mayor, de la cual se puede concluir que el servicio que mayor valor arrojado para atender la población adulta mayor están representados en Controles de Enfermería y Servicio de Alimentación, representado en \$582.738.600 y \$141.487.667 respectivamente, seguido de Enfermería por \$74.202.700, Servicio Farmacéutico por \$73.342.800, Psicología por \$53.498.300, toma de muestras de laboratorio por \$48.001.889, Otras actividades de promoción y prevención por \$36.370.200 entre otras; sin embargo se observó que no existe una asociación de

contratación de personal a los servicios de Detección Temprana y alteraciones en el adulto, Terapia respiratoria, internación Atención institución del paciente crónico.

El costo de los equipos se asignó a partir del concepto de la depreciación, utilizando las vidas útiles establecidas en las políticas contables de la E.S.E., hasta determinar el valor de depreciación anual, aplicados a cada servicio prestado en razón a la atención del adulto mayor.

Finalmente, los Costos Indirectos se obtuvieron de la revisión a la información contable de la vigencia 2018, y otorgando un porcentaje del 90% al valor total arrojado y distribuido en partes iguales a cada servicio prestado por la E.S.E. en atención del adulto mayor.

En la relación ingreso-costo y el resultado bruto de cada servicio realizado, se observa un margen de rentabilidad desfavorable en diecisiete (17) de los veintiséis (26) servicios prestados, dicho margen oscila entre 1,32% y 2.094,34%. Entre los servicios prestados que generan una utilidad operativa, la Gerontología, Terapia Ocupacional y Geriatria, que con un porcentaje de utilidad entre el 59,83% y 72,62%

Cuadro No. 10 Determinación de Utilidad Bruta Promedio por Servicio Prestado

ESE HOSPITAL GERIATRICO VIGENCIA 2018 DETERMINACIÓN DE UTILIDAD BRUTA PROMEDIO POR SERVICIO PRESTADO VIGENCIA 2018				
PROCEDIMIENTO	VALOR FACTURADO	COSTO REALIZACIÓN	RESULTADO BRUTO	
			PESOS	MARGEN
Consulta Externa	\$ 99.360.000	\$ 92.146.542	\$ 7.213.458	7,26%
Atención preventiva de Salud Oral	\$ 9.979.000	\$ 75.290.077	\$ (65.311.077)	-654,49%
Auxiliar de apoyo para el cuidado-(ENFERMERIA)	\$ 54.940.000	\$ 133.530.743	\$ (78.590.743)	-143,05%
Controles de Enfermería y de P y P	\$ 156.780.160	\$ 642.066.643	\$(485.286.483)	-309,53%
Otras actividades de promoción y prevención	\$ 5.160.000	\$ 155.026.286	\$(149.866.286)	-2904,39%
Geriatría	\$ 236.992.000	\$ 95.208.043	\$ 141.783.957	59,83%
Nutrición y dietética	\$ 16.000.000	\$ 82.511.272	\$ (66.511.272)	-415,70%
Psicología	\$ 117.510.400	\$ 112.826.343	\$ 4.684.057	3,99%
Psiquiatra	\$ -	\$ 59.505.943	\$ (59.505.943)	-100,00%
Medicina Alternativa – Homeopatía	\$ 29.344.000	\$ 62.933.376	\$ (33.589.376)	-114,47%
Medicina Alternativa - Neural terapia	\$ 22.288.000	\$ -	\$ 22.288.000	100,00%
Toma de muestras de laboratorio clínico	\$ 84.833.770	\$ 107.329.932	\$ (22.496.162)	-26,52%
Servicio farmacéutico	\$ 34.686.400	\$ 154.125.886	\$(119.439.486)	-344,34%

ESE HOSPITAL GERIATRICO VIGENCIA 2018 DETERMINACIÓN DE UTILIDAD BRUTA PROMEDIO POR SERVICIO PRESTADO VIGENCIA 2018				
PROCEDIMIENTO	VALOR FACTURADO	COSTO REALIZACIÓN	RESULTADO BRUTO	
			PESOS	MARGEN
Fisioterapia	\$ 42.480.000	\$ 82.393.096	\$ (39.913.096)	-93,96%
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje	\$ 21.240.000	\$ 75.628.043	\$ (54.388.043)	-256,06%
Terapia ocupacional	\$ 231.852.600	\$ 72.234.732	\$ 159.617.868	68,84%
Terapia respiratoria	\$ 21.240.000	\$ 59.328.043	\$ (38.088.043)	-179,32%
Internación General Adultos	\$ 133.340.000	\$ 83.453.043	\$ 49.886.957	37,41%
Internación Atención institución del paciente crónico	\$ 90.344.800	\$ 59.328.043	\$ 31.016.757	34,33%
Trabajo Social	\$ 71.980.000	\$ 72.928.043	\$ (948.043)	-1,32%
Gerontología	\$ 231.852.000	\$ 63.470.043	\$ 168.381.957	72,62%
Vivienda larga estancia	\$ 205.571.246	\$ 865.628.227	\$ (660.056.981)	-321,08%
Servicio de lavandería	\$ 62.035.071	\$ 73.494.793	\$ (11.459.722)	-18,47%
Servicio de alimentación	\$ 435.072.000	\$ 732.581.261	\$ (297.509.261)	-68,38%
Procedimiento de Podología y pedicurista	\$ 13.040.000	\$ 82.815.376	\$ (69.775.376)	-535,09%
Otros Servicios - Transporte de pacientes	\$ 75.456.000	\$ 61.778.043	\$ 13.677.957	18,13%

Fuente: Elaboración propia

El anterior ejercicio está representado de los siguientes gráficos:

Figura No. 4 Servicios que presentan pérdidas

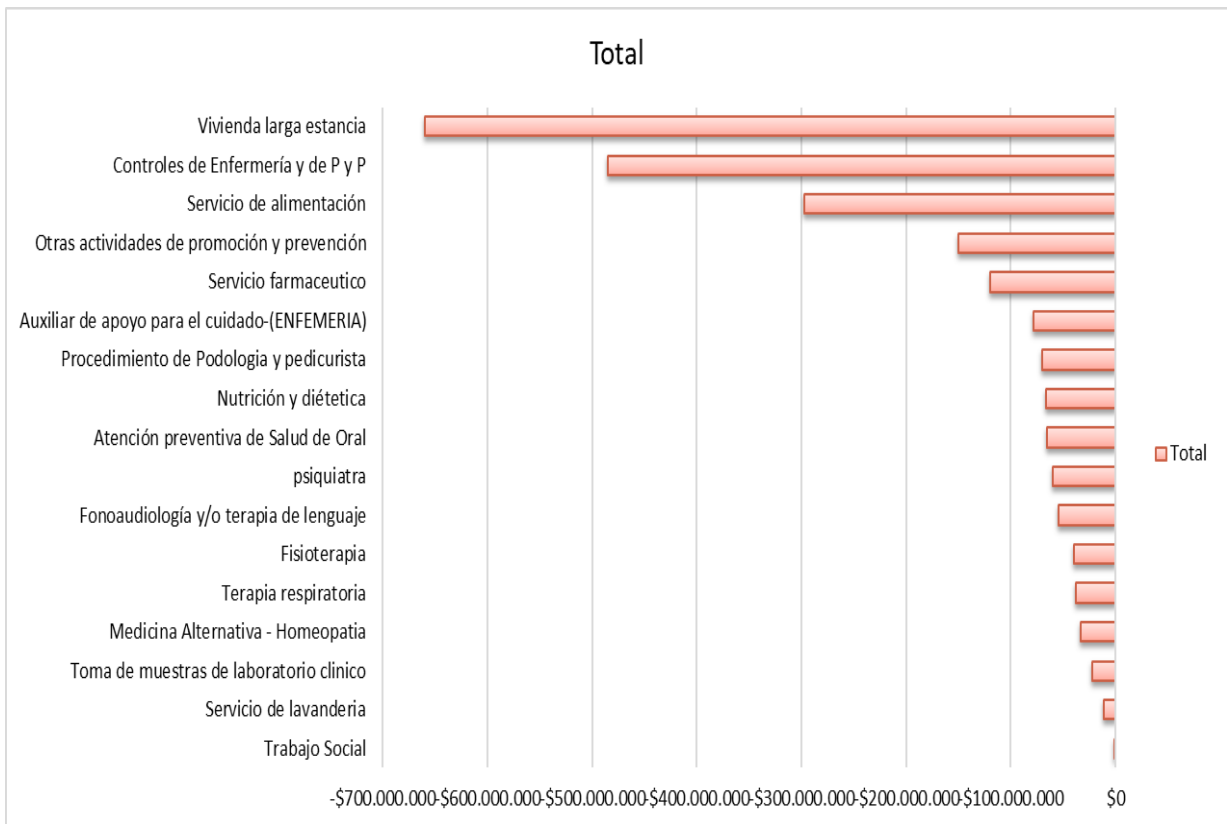


Figura No. 5 Servicios que presentan ganancias

		Total	
Gerontologia			
Geriatría			
Internación Atención institución del paciente...			
Otros Servicios - Transporte de pacientes			

De acuerdo con lo anterior, se hizo el siguiente análisis para diferenciar el costo total entre un adulto mayor dependiente y funcional, teniendo en cuenta el número de actividades contratadas y prestadas por la E.S.E. Geriátrica con el Municipio y de igual forma la cantidad de pacientes institucionalizados por la entidad que equivalen a 86 adultos mayores funcionales y 150 adultos mayores dependientes, arrojando como resultado:

Cuadro No. 11 Comparativo costos de Atención de adultos por centro de Costos

SERVICIOS	TOTAL COSTOS ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	TOTAL COSTOS ADULTOS MAYORES FUNCIONALES
Consulta Externa	65.815.667	26.330.874
Atención preventiva de Salud Oral	46.567.761	26.960.282
Enfermería	84.696.643	48.834.100
Controles de Enfermería y de P y P	407.253.699	234.812.944
Otras actividades de promoción y prevención	60.864.083	34.834.161
Detección Temprana y alteraciones en el adulto	37.732.635	21.595.408
Consultas odontológicas	47.644.749	27.645.328
Geriatría	60.114.358	35.093.685
Gerontología	39.534.307	23.935.737
Nutrición y dietética	52.394.658	30.116.614
Servicio de alimentación	465.189.330	267.391.931
Psicología	71.607.119	41.219.224
Psiquiatra	-	59.505.943
Medicina Alternativa – Homeopatía	39.917.741	23.015.635

SERVICIOS	TOTAL COSTOS ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES	TOTAL COSTOS ADULTOS MAYORES FUNCIONALES
Toma de muestras de laboratorio clínico	66.853.814	40.476.118
Servicio farmacéutico	97.759.848	56.366.038
Fisioterapia	52.319.616	30.073.480
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje	47.998.598	27.629.445
Terapia ocupacional	45.869.055	26.365.677
Terapia respiratoria	42.885.571	16.442.472
Internación General Adultos	53.017.227	30.435.816
Internación Atención institución del paciente crónico	37.690.757	21.637.286
Trabajadora social	46.284.998	26.643.045
Podología y manicure	49.826.679	32.988.698
Otros Servicios - Transporte de pacientes	39.194.736	22.583.307
Albergue adulto mayor funcional	116.193.700	-
Servicio de lavandería	45.778.536	27.716.257
Albergue adulto mayor dependiente	-	749.434.527
TOTAL	2.221.005.885	2.010.084.033

Fuente: Elaboración Propia

El mayor costo por atención al adulto mayor lo genera el adulto mayor dependiente que arroja un valor de \$2.221.005.885.

En cuanto a la utilidad o pérdida generada en la atención del adulto mayor, se tiene como resultado:

Cuadro No. 12 Comparativo de resultados por centro de costo

PROCEDIMIENTO	UTILIDAD Ó PÉRDIDA ATENCIÓN ADULTO MAYOR DEPENDIENTE	UTILIDAD Ó PÉRDIDA ATENCIÓN DEL ADULTO FUNCIONAL
Consulta Externa	2.061.246	5.152.213
Atención preventiva de Salud Oral	- 23.947.395	- 41.363.682
Auxiliar de apoyo para el cuidado-(ENFERMERIA)	- 28.741.757	- 49.848.986
Controles de Enfermería y de P y P	- 177.476.200	- 307.810.284
Otras actividades de promoción y prevención	- 54.551.328	- 95.314.958
Geriatría	52.261.566	89.522.390
Nutrición y dietética	- 24.276.614	- 42.234.658
Psicología	1.711.242	2.972.815

psiquiatra	- 59.505.943	-
Medicina Alternativa - Homeopatía	- 12.284.115	- 21.305.261
Medicina Alternativa - Neural terapia	22.288.000	22.288.000
Toma de muestras de laboratorio clínico	- 8.483.722	- 14.012.440
Servicio farmacéutico	- 43.680.726	- 75.758.760
Fisioterapia	- 14.568.280	- 25.344.816
Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje	- 19.869.765	- 34.518.278
Terapia ocupacional	58.260.522	101.357.346
Terapia respiratoria	- 10.555.912	- 27.532.131
Internación General Adultos	18.194.067	31.692.890
Internación Atención institución del paciente crónico	11.311.994	19.704.763
Trabajo Social	- 346.352	- 601.691
Gerontología	63.499.975	104.881.982
Vivienda larga estancia	- 571.457.210	- 88.599.771
Servicio de lavandería	- 4.321.675	- 7.138.047
Servicio de alimentación	- 108.590.787	- 188.918.474
Procedimiento de Podología y pedicurista	- 27.794.341	- 41.981.035
Otros Servicios - Transporte de pacientes	5.000.053	8.677.904

Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo con lo anterior, se puede concluir que la utilidad concuerda con lo determinado en el análisis general de los costos determinados en el cuadro No. 9.

8. DISCUSIÓN

En la plataforma portal de Colombia Compra Eficiente – SECOP I, en la cual las Entidades Estatales deben publicar los documentos del proceso de contratación desde la planeación hasta su liquidación, se evidenció contratación en condiciones similares del proyecto adulto mayor, en el Municipio de Palmar – Santander, detallados de la siguiente manera:

Cuadro No. 13 Contratos suscritos entre el Municipio Palmar y el Municipio de Santander

Contrato No.	Entidad contratante	Tipo de contratación	Objeto	Valor	Duración
CD-CA-MP-001-2016	Fundación del Ancianato Juan Pablo II del Palmar	Contratación Directa – Contrato interadministrativo	Aunar esfuerzos técnicos, administrativos, financieros y económicos para el albergue y atención del adulto mayor del Municipio de Palmar – Santander.	\$18.000.000	2 meses
CD-CA-MP-001-2017	Fundación del Ancianato Juan Pablo II del Palmar	Contratación Directa – Contrato interadministrativo	Aunar esfuerzos técnicos, administrativos, financieros y económicos para el albergue y atención del adulto mayor del Municipio de Palmar – Santander.	\$24.379.200	3 meses

Fuente: SECOP I

Dentro del contrato CD-CA-MP-001-2016 se definió en los estudios previos en la etapa de contratación realizada por el Municipio de Palmar – Santander, los ítems contratados de forma individual, tales como gastos por auxilio funerario, servicios públicos y otros gastos, que equivale a \$1.285.714 mensual por la atención a siete (7) adultos mayores, durante dos (2) meses, atendido en la vigencia 2016.

De igual forma, se puede observar que el Municipio de Palmar–Santander, mediante contrato No. CD-CA-MP-001-2017 durante la vigencia 2017 en los primeros tres (3) meses suscribió contrato con la Fundación del Ancianato Juan Pablo II del Palmar, por \$24.379.200, y esta vez señaló de forma detallada los

costos directos e incluyó los costos indirectos, que equivale a \$1.160.914 en atención al adulto mayor albergado en esta institución

Lo anterior, significa que hubo una disminución en un porcentaje del 9,02% en la fijación de las tarifas pactadas al cambio de vigencia fiscal.

De otro lado, se tiene que en el Municipio de Puerto Boyacá – Boyacá, suscribió el siguiente convenio:

Contrato No.	Entidad contratante	Tipo de contratación	Objeto	Valor	Duración
Convenio 014 de 2016	Unión Temporal Atención Integral del Adulto mayor "Canitas de Esperanza"	Convenio	Aunar esfuerzos técnicos Administrativos y Financieros entre la Alcaldía Municipal de Puerto Boyacá y la Unión Temporal, para la asistencia y atención integral a los adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad y abandono en los albergues a cargo de la Administración Municipal en el área urbana del Municipio de Puerto Boyacá	\$119.151.785	1mes

Fuente: SECOP I

En cuanto a los estudios previos establecidos para el desarrollo de este contrato, se evidenció que el total del contrato beneficiaba a una población de 160 adultos mayores, no se diferencian si estos son funcionales o dependientes, y el valor estimado por cada paciente albergado sería de \$ 744.698.

En conclusión, haciendo una comparación entre los tres contratos se tendría determinados una tarifa por atención del adulto mayor, así:

Cuadro No. 14 Comparación de las tarifas por adulto mayor entre Los Municipios de Palmar, Puerto Boyacá y Municipio de Cali

Municipio de Palmar - Santander		Puerto Boyacá - Boyacá	Municipio de Cali
2016	2017	2016	2018
\$1.285.714	\$1.160.914	\$ 744.698	\$1.528.500

Fuente: Elaboración Propia

Si bien es cierto, la tarifa promedio establecida para el Municipio de Santiago de Cali es de \$1.528.500 es de aclarar que el Municipio en la vigencia 2018 no contrató los primeros meses de la vigencia, lo que ha ocasionado que esta E.S.E. se encuentre con una situación de déficit.

9. CONCLUSIONES

Las actividades o servicios prestados por la E.S.E. Hospital Geriátrico no están asociadas a cada actividad, sin embargo, en el análisis de la información contratada y prestada por la E.S.E. Hospital Geriátrico, se establecieron 27 servicios entre ellos servicios habilitados de salud y otras actividades en razón a la atención del adulto mayor institucionalizado, tales como Consulta Externa, Atención preventiva de Salud Oral, Enfermería, controles de Enfermería, Otras actividades de promoción y prevención, Detección temprana y alteraciones en el adulto, Consultas odontológicas, Geriatria, Gerontología, Nutrición y dietética, servicio de alimentación, psicología, psiquiatría, medicina alternativa , entre otras.

En cuanto a la asociación de los costos con los servicios se pudo determinar que los materiales en relación con la prestación de servicios de albergue dependiente y servicio de restaurante representan un mayor costo, mientras que los de más baja inversión dan en Servicio homeopático y Gerontología.

El costo por el uso de los equipos representa un valor bajo en todos los servicios analizados.

Los servicios Albergue de adulto mayor funcional, adulto mayor dependiente, servicio de alimentación y controles de presentaron el mayor costo total, mientras que el menor está representado en psiquiatría, gerontología y servicio de lavandería.

De igual forma se puede concluir que el costo por atención de servicio integral individual anual de 89 adultos mayores dependientes institucionalizados arroja un resultado global de \$2.221.005.885 que equivale a \$24.955.122,3 anual por adulto mayor, que significa que mensualmente la E.S.E. debe contar con una disponibilidad mensual de \$2.079.593 por adulto institucionalizado.

Mientras que el costo por atención del servicio integral de 150 adultos funcionales arroja un resultado global de \$2.010.084.033 que equivale a \$13.400.560 anual por adulto, que significa que mensualmente la E.S.E. debe contar con una disponibilidad mensual de \$1.116.713 por adulto institucionalizado.

En cuanto al mayor porcentaje de margen de rentabilidad de servicios como Terapia ocupacional, Internación General del Paciente crónico, Gerontología, nutrición y dietética y consulta externa.

Los Servicios de atención preventivo de salud oral, auxiliares de enfermería y enfermería, controles de enfermería, otras actividades de promoción y prevención, psiquiatría, toma muestras de laboratorio, fisioterapia y vivienda de larga estancia entre otras, representan una pérdida económica para la institución.

10. RECOMENDACIONES

La E.S.E. Hospital Geriátrico, debe crear los procedimientos, las políticas contables de costos y parametrizar el software contable conforme a lo establecido por la Contaduría General de la Nación.

La E.S.E. Hospital Geriátrico, debe realizar su Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo a lo estipulado con la normatividad vigente, y detallar todas sus compras y contrataciones a realizar.

La E.S.E. Hospital Geriátrico, debe asociar los ingresos versus costos de acuerdo con lo establecido en el PUC acorde al Nuevo marco Normativo de Empresas que no cotizan en el mercado de Valores y que no captan ni administran ahorro del público.

La E.S.E. Hospital Geriátrico, debe recalcular sus costos frente a lo que está contratando con el Municipio.

La E.S.E. debe continuar con los respectivos estudios de costos, con el fin de asegurar un equilibrio financiero y no conllevar a pérdidas económicas como hasta la fecha lo ha venido haciendo.

La E.S.E. Hospital Geriátrico, debe establecer en la etapa precontractual del proceso de contratación el riesgo y la continuidad de la asignación de los recursos con el Municipio teniendo en cuenta:

De conformidad con las normas citadas, se ha podido observar que los adultos mayores son un grupo sensible y que merece especial protección, por estar en una situación de vulnerabilidad superior respecto a los otros grupos de la sociedad. Los adultos mayores, se encuentran en condiciones de debilidad, lo que hace que su problemática tenga repercusiones, ameritando un tratamiento diferente.

Los adultos mayores, sujetos de especial protección, por las limitaciones en sus funciones y actividades, que los lleva a circunstancias de exclusión social, en todos los aspectos, y que vulnera sus derechos, por el Estado y los demás grupos de la sociedad.

Es de vital importancia, tener en cuenta que nuestra Constitución Política, al establecer a Colombia como un Estado Social de Derecho y con fundamento en el principio de Solidaridad, en el cual deben concurrir los deberes de protección y asistencia a los adultos mayores, para que se integren a la vida activa y comunitaria, se obliga para con ellos a garantizar los servicios de seguridad social integral y el subsidio alimentario.

Toda la normatividad referida al Adulto Mayor, radican en cabeza del Estado su protección y garantía de sus derechos, implementado medidas que involucren la materialización de sus derechos, implementado políticas públicas efectivas. Dadas las condiciones de vulnerabilidad del Adulto Mayor, el Estado debe tener en cuenta los trámites innecesarios que en ocasiones se ven sometidas las Instituciones que atienden esta población y que hacen que en algunas ocasiones no se preste los servicios de manera oportuna e inmediata.

El Estado debe de estar vigilante, para que los servicios dedicados al Adulto mayor, como son el cuidado y la asistencia, se presten de manera adecuada y con diligencia, para que disfruten de los derechos que constitucionalmente se les ha otorgado; es por ello que los recursos de inversión social asignados para la atención del Adulto Mayor, son substanciales para garantizar una vida digna, de conformidad a lo establecido en la Constitución Política.

El Estado a través de sus entes territoriales, debe de implementar mecanismos, para que las instituciones que prestan los servicios al Adulto Mayor, no se encuentren en indefensión, sin los recursos necesarios para la prestación de los mismos. Siendo los Adultos Mayores, sujetos de Especial Protección Constitucional, deben de gozar de los recursos asignados para su atención y no someterlos a tramites demorados, que no permiten la prestación oportuna de los servicios que requieren, así como el Municipio de Santiago de Cali asigna recursos con el fin de garantizar la continuidad de los servicios de Aseo, Vigilancia y Póliza de seguros de los bienes inmuebles y muebles, de esta misma forma, se deben garantizar la protección del adulto mayor.

Referencias Bibliográficas

- Colombia, Congreso de la Republica. (s.f.). LEY 1315.
- Actualícese. (25 de 5 de 2019). Obtenido de <https://actualicese.com/2016/10/10/entidades-promotoras-de-salud-eps-conforme-a-la-ley-100-de-1993/>
- Alberich, T. (2008). *Envejecimiento físico, psicológico y social*. En: A. Barranco y A. Funes (Coordinadores). *Intervención social y sanitaria con mayores: manual de trabajo con la 3ª y 4ª edad*. (T. (. Alberich, & p.17-47., Edits.) Madrid:.
- Alcaldía de Bogotá. (25 de 5 de 2019). Obtenido de <https://guiatramitesyservicios.bogota.gov.co/tramite-servicio/informacion-sobre-afiliacion-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud/>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (25 de 5 de 2019). *Prestación de Servicios de Salud*. Obtenido de http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/112472/prestacion_de_servicios_de_salud/
- Benet, J. F. (2002). *Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud*. Bogotá: DHC.
- Buitrago, C. M. (4 de 5 de 2018). *INNSZ*. Recuperado el 23 de 1 de 2019, de http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/investigacion_clinica.html
- CADETES. (2008). *La Situación de salud en Santiago de Cali*. Cali: CADETES.
- Chamorro, J. E. (2017). *La atención humanizada en una IPS de la ciudad de Cali: Percepción desde los diferentes actores institucionales*. Cali: Universidad Javeriana.
- Clínica Nuestra Señora de la Paz. (25 de 5 de 2019). *Referencia y Contrareferencia*. Obtenido de http://www.cllapaz.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=131
- Colombia, Congreso de la Republica. . (2011). Colombia, Congreso de la Republica. Ley 1438 de 2011. Artículo 80.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Decreto 780 de 2016.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social,. (2012). Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2509 de 2012.
- Congreso de la Republica. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.
- Congreso de la Republica. (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

- Congreso de la Republica. (2007). *Decreto 4747 de 2007*. Obtenido de Salud Capital:
<http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>
- Diaz, S. S. (2016). *Manual de Referencia y Contrareferencia*. Cartagena: Universidad Mar Caribe.
- Diaz, W. F. (2016). *Manual operativo sobre el régimen de referencia y contrarreferencia*. Boyaca: Gobernación de Boyaca.
- EcuRed. (25 de 5 de 2019). Obtenido de <https://www.ecured.cu/Paciente>
- El Tiempo. (2018). <https://www.eltiempo.com/vida/salud/panorama-de-los-adultos-mayores-en-colombia-a-2018-213710>.
- El Tiempo. (2018). Recuperado el 2018, de <https://www.eltiempo.com/vida/salud/panorama-de-los-adultos-mayores-en-colombia-a-2018-213710>.
- Función Publica. (2001). *Función Publica*. Obtenido de
<http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4452>
- Gillespie, C., & Alatríste, S. (1939). *Introducción a la contabilidad de costos*. Hispano-Americana: Unión Tipográfica Editorial. (U. T. Editorial., Ed.) Hispano-Americana: Unión Tipográfica Editorial.
- Gilling, D. (12 de 5 de 2014). *AECOP*. Recuperado el 1 de 2 de 2019, de <https://aecop.net/marco-etico/>
- Gobierno del Huila. (2015). *Referencia y Contrareferencia*. Huila: Secretaria de Salud del Huila.
- help Coaching. (25 de 5 de 2019). Obtenido de <https://helpicoaching.com/su-manual-de-operaciones/>
- Henoa, H. V. (2012). *Modelo integrado para la inspección, vigilancia y control de riesgos de acceso, uso y calidad de los servicios de salud, en el ámbito territorial*. Bogotá: Colciencias.
- Hernández, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill.
- Hospitales., A. d. (1973). *Derechos del Paciente*. SaludCapital.
- Lopez, P. (2018). La gestión por procesos en los centros geriátricos. . En *Escuela de Ingeniería de Antioquia Ingeniería Industrial*. Envigado Colombia.
- Mazo, S. N. (2016). *Sistema de Referencia y Contrareferencia*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430*. Bogotá D.C.: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud. (2015). *Ministerio de Salud y Protección Social- Encuesta SABE 2015*.

Ministerio de Salud. (25 de 5 de 2019). *MinSalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=135&ContentTypeId=0x0100B5A58125280A70438C125863FF136F22>

MinSalud. (25 de 5 de 2019). Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=950&ContentTypeId=0x01003F0A1BD895162D4599DC199234219AC7>

Murillo , M. (2002). *La Contabilidad de Costos y El Diseño de Mezcla de Productos Actualidad Contable Faces*,. (M. (-5.-j. Morillo, Ed.) Universidad de los Andes.

Ochoa, R. (12 de 5 de 2017). *El Pensante Educación*. Recuperado el 1 de 2 de 2019, de <https://educacion.elpensante.com/el-valor-legal/>

Ruiz , E., & Londoño , G. (2007). *Preparación para la jubilación*. (J. d. 2007, Ed.) Bogotá, Colombia,

Secretaría de Salud. (2017). *Manual operativo del sistema de referencia y contrareferencia*. Cali: C.R.U.E.

Secretaria de Salud Pública del Valle del Cauca. (2017). *Manual operativo del sistema de referencia y contrarreferencia*. Cali: C.R.U.E.

Sinisterra, G. (1997). *Fundamentos de Contabilidad Financiera y de Gestión*. Cali, Colombia: Universidad del Valle.

Tamayo, M. (2012). *El Proceso de la Investigación Científica*. . México: Limusa.

Tiempo, E. (2018). Obtenido de <https://www.eltiempo.com/vida/salud/panorama-de-los-adultos-mayores-en-colombia-a-2018-213710>.